XTANDI™ (Enzalutamid)

Richiesta di garanzia di assunzione dei costi alla c.a. del medico di fiducia

Indicazione di Swissmedic (estratto): In combinazione con gli agonisti dell'LHRH per il trattamento di adulti con carcinoma prostatico non metastatico ormono-sensibile (nmHSPC) e recidiva biochimica (BCR) ad alto rischio di metastasi (PSA-DT $\leq$ 9 mesi) e non candidati a radioterapia di salvataggio (vedere «Efficacia clinica»).

Dati personali del paziente:

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>	Data di nasc.:	<input type="text"/>
Via:	<input type="text"/>	Altre informazioni sull'indirizzo:			
NPA:	<input type="text"/>	Luogo:			
Assicurazione:		Nr. assicurato:			
Indirizzo assicurazione (VAD o medico di fiducia):		Informazioni aggiuntive indirizzo:			
NPA:	<input type="text"/>	Luogo:			

Dati medici:

Il paziente soffre di un carcinoma prostatico ormono-sensibile non metastatico (nmHSPC) e di una recidiva biochimica (BCR) ad alto rischio di metastasi (PSA-DT $\leq$ 9 mesi) e non è candidato a radioterapia di salvataggio.

Il trattamento viene somministrato in combinazione con un agonista dell'LHRH? Sì No

Se sì, con il seguente agonista dell'LHRH:

Motivi per cui sussiste un alto rischio di sviluppo di metastasi (livelli di PSA, tempo di raddoppio dei livelli di PSA) e giustificazione della scelta di XTANDI™ per la terapia (si prega di allegare anche la letteratura pertinente):

Medico richiedente:

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>		
Via:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Luogo:	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Per gli ospedali, nome dell'ospedale:			Reparto:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Data:	<input type="text"/>				